

Permission Slip: Please return to school within 1 day



Healthy Smiles Happen at School!



Children should see a dentist regularly to stay healthy and avoid dental problems that impact learning. Your children can now receive complete dental care at their school through the Big Smiles L.A. program. We encourage you to sign up your children if they do not currently have a dentist.

If your child has Medi-Cal or Healthy Families, there is no cost to you. Other dental insurance may also be accepted. For children with no insurance, donated services may be available. For questions, please call (877) 227-9891.

IMPORTANT: PARENT/GUARDIAN SIGNATURE REQUIRED BELOW

I am the parent or legal guardian of the minor student _____ I authorize Dr. Elliot Schlang, DDS, and its affiliated dentists, with the support of its administrative services group, Reachout Healthcare America (RHA), to provide all dental care for the named student during this school year which may include: dental exams, x-rays, cleanings, fluoride, sealants, any needed fillings and crowns, baby teeth root canals and simple extractions of baby teeth at school. On behalf of the named student, I authorize and direct Dr. Schlang, to process and collect reimbursement from Medi-Cal, Healthy Families, insurance or any other third party payer that covers the services provided to this patient. I authorize the Los Angeles Unified School District (LAUSD) to release the named student's insurance or other information to Dr. Schlang and RHA as is necessary for the named student to receive dental care. I authorize Dr. Schlang and RHA to release the named student's medical insurance, and other information to LAUSD as is necessary for the named student to receive dental care.

SIGN HERE: _____

DATE: _____

COMPLETE ALL INFORMATION BELOW (PRINT CLEARLY IN INK)

School: _____ District: _____
Your Name: _____ Relation to Student: _____
Student Name: _____ Student Date-of-birth: ____/____/____
Student Grade: ____ Student Track ____ Student Teacher _____ Gender: () Boy () Girl
Phone: (____) _____ 2nd Phone: (____) _____ email: _____
Address: _____ Apt# ____ City: _____ Zip: _____
__ Check one: My Child has: ____ Medi-Cal ____ Other Insurance ____ No Insurance

ENTER CHILD'S 14-DIGIT MEDICAID # (Medi-Cal, BIC, Healthy Families) # BELOW

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

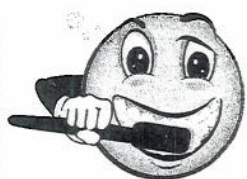
Health History (Circle "Yes" or "No" or List). Please notify us of any medical history changes.

Asthma	YES	NO	Latex Allergy	YES	NO	List Surgeries	
Rheumatic Fever	YES	NO	Tuberculosis	YES	NO	List Medications	
Heart Problems	YES	NO	Hepatitis	YES	NO	List Allergies	
Diabetes	YES	NO	Epilepsy/Seizures	YES	NO	Other conditions	
Liver Problems	YES	NO	Emotional Disorder	YES	NO		
Kidney Problems	YES	NO	Hemophilia	YES	NO		
Sickle Cell	YES	NO	Lung Disease	YES	NO		

Please fold and tape

Administrative Services
ReachOut
HEALTHCAREAMERICA

Hoja de Permiso: Por Favor regréselo a la escuela dentro de un día



Damos Sonrisas Saludables en la Escuela!



Los Niños deben de ver a un dentista regularmente para mantenerse sanos y prevenir problemas dentales que pueda impactar su aprendizaje. Su niño(a) puede recibir cuidado dental completo en la escuela mediante el programa Big Smiles L.A. Le recomendamos que inscriba a su hijo(a) si al momento no cuenta con servicios dentales.

Si su niño(a) tiene Medi-Cal o Healthy Families, no hay ningún costo para usted. Otros planes de seguros dental también son aceptados. Para niños sin seguro dental, servicios donados podrían estar disponibles. Por favor contáctenos con cualquier pregunta al **(877) 227-9891**.

IMPORTANTE: ABAJO SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE / TUTOR

Soy el padre o tutor legal del estudiante menor de edad _____ Autorizo al Dr. Elliot Schlang DDS, y sus dentistas afiliados, con la ayuda de su grupo de servicios administrativos, Reachout Healthcare America (RHA) para que provean todos los servicios dentales al estudiante nombrado este año escolar que pueden incluir: un examen dental, rayos x, limpieza, fluoruro, cualquier relleno y corona necesario, endodoncias y extracciones simples en dientes de leche en la escuela. A nombre del estudiante mencionado, autorizo y dirijo al Dr. Schlang a procesar y recibir pago de Medi-Cal, Healthy Families, seguro dental privado o tercera persona que cubra los servicios proveídos a este paciente. Autorizo al Distrito Unificado de Los Angeles (LAUSD) a liberar los datos de seguro dental u otra información del estudiante ya mencionado a Dr. Schlang y RHA al ser necesarios para que el estudiante mencionado reciba cuidado dental. Autorizo a Dr. Schlang y RHA a liberar la información del historial medico, seguro dental u otra información a LAUSD al ser necesitados para que el estudiante mencionado reciba cuidado dental.

FIRME AQUI: _____

FECHA: _____

COMPLETE TODA LA INFORMACION DE ABAJO (ESCRIBA CLARAMENTE Y EN TINTA)

Escuela: _____ Distrito: _____
 Su Nombre: _____ Relación al Estudiante: _____
 Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Año: ____ Track: ____ Nombre del Maestro: _____ Sexo: () Niño () Niña
 Teléfono: (____) _____ 2do Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____
 Dirección: _____ Apt# ____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Seleccione Uno, Mi Niño(a) Tiene: ____ Medi-Cal ____ Seguro Privado ____ No Tiene Seguro

LLENE ABAJO LOS 14-DIGITOS DEL # DE MEDICAID (Medi-Cal, BIC, Healthy Families)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Historia Medica (Circule "Si" o "No" o Enliste). Por Favor notifiquenos de cualquier cambio en la historia medica.

Asma	SI	NO	Alergia al Látex	SI	NO	Liste Opera- ciones	
Fiebre Reumática	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO	Liste Medici- nas Tomadas	
Problemas del corazón	SI	NO	Hepatitis	SI	NO	Liste Alergias	
Diabetes	SI	NO	Epilepsia / Convulsiones	SI	NO	Liste Condi- ciones	
Problemas del Hígado	SI	NO	Desorden Emocional	SI	NO		
Problemas de los riñones	SI	NO	Hemofilia	SI	NO		
Célula de la Hoz	SI	NO	Enfermedad de pulmones	SI	NO		

Por favor dóblelo y péguelo con cinta

Servicios
Administrativos
ReachOut
HEALTHCARE AMERICA